

UNIVERSITE DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1930-1931 - N° 93

CANCER DU COL ET ANNEXITE

(DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 29 Mai 1931

PAR

Hector-Edouard LEMBEYE

Né à Valparaiso (Chili), le 27 Juillet 1905

Examinateurs de la Thèse

MM. DUVERGEY, professeur	Président
PETGES, professeur	
JEANNENEY, agrégé	Juges
JOULIA, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE E. DROUILLARD

3, Place de la Victoire, 3

1931

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1930-1931 - N° 93

CANCER DU COL ET ANNEXITE

(DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT)

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 29 Mai 1931

PAR

Hector-Edouard LEMBEYE

Né à Valparaiso (Chili), le 27 Juillet 1905

Examineurs de la Thèse	{	MM. DUVERGEY, professeur	<i>Président.</i>
		PETGES, professeur	{ <i>Juges.</i>
		JEANNENEY, agrégé	
		JOULIA, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE E. DROUILLARD

3, Place de la Victoire, 3

1931

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS, *doyen*.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH, RIVIÈRE,
BARTHE, LE DANTEC, DENIGÉS.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	MAURIAC	Médecine expérimentale ...	DUPERIÉ
	CASSAËT	Clinique ophtalmologique ..	TEULIÈRES
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ	Clinique chirurgicale infan-	ROCHER
	BÉGOUIN	tile et orthopédie	GUYOT
Pathologie et thérapeutique générales ...	CARLES	Clinique gynécologique	CRUCHET
Clinique d'accouchements ..	ANDÉRODIAS	des maladies des enfants ...	DELAUNAY
Anatomie pathologique et		Chimie biologique et médicale	SIGALAS
microscopie clinique	SABRAZÈS	Physique médicale et pharmaceutique ...	BONNIN
Anatomie	VILLEMIN	Médecine coloniale et Clini-	PETGES
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL	que des maladies exotiques ..	DUVERGEY
Physiologie	PACHON	Clinique des maladies cuta-	ABADIE
Hygiène	AUCHÉ	nées et syphilitiques	PORTMANN
Médecine légale et déontologie	LANDE	Clinique des maladies des	LABAT
Electroradiologie et clinique		voies urinaires	SELLIER
d'électricité médicale	RÉCHOU	Clinique des maladies nerveuses et mentales ..	
Chimie	CHELLE	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	
Botanique et matière médicale	BEILLE	Toxicologie et hygiène appliquée	
Pharmacie	DUPOUY	Hydrologie thérapeutique et	
Zoologie et parasitologie ...	MANDOUL	Climatologie	

MM. MICHELEAU, LEURET (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie ..	DUBECQ	Chirurgie générale	PAPIN
Histologie	DUFOUR		JEANNENEY
Anatomie pathologique	LACOSTE		CHARRIER
Parasitologie et sciences naturelles	MURATET		LOUBAT
Physiologie	R. SIGALAS.		PERY
	FABRE.	Obstétrique	RIVIÈRE
	CREYX	Ophtalmologie	BEAUVIEUX
Médecine générale	AUBERTIN	Dermatologie et syphilogra-	
	DAMADE	phie	JOULIA
	PIÉCHAUD	Pharmacie	GOLSE
Maladies mentales	DELMAS-MARSALET	Chimie générale pharmacie et toxicologie ..	VITTE
	PERRENS		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire	CAVALIÉ	Puériculture	FAUGÈRE
Médecine opératoire	PAPIN	Démonstrations et préparations pharmaceut. .	N...
Accouchements	N...	Chimie chimique	GOLSE
Ophtalmologie	CABANNES	Zoologie et parasitologie ...	R. SIGALAS
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes			N...
Cours complémentaire annexe. - Prothèse et rééducation professionnelle ..			GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

En témoignage de reconnaissance.

A MA FEMME

Avec ma grande affection.

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX
MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE ET DE L'ORDRE
DE SAINTE-ANNE DE RUSSIE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Qui nous a fait l'honneur de nous suggérer
ce sujet et d'accepter la présidence de
cette thèse. Nous exprimons ici le vif
regret qu'une maladie l'ait empêché de
rendre cette présidence effective.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JEANNENEY

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX
CHIRURGIEN ADJOINT DU CENTRE RÉGIONAL CONTRE LE CANCER
MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
DE PARIS
CROIX DE GUERRE

Dont l'enseignement à l'Hôpital et à la
Faculté nous a été si utile.

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ
ET DES HOPITAUX

AUX MEMBRES DE MON JURY DE THÈSE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. DUVERGEY

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES
DES VOIES URINAIRES

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

CORRESPONDANT NATIONAL DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
MEMBRE TITULAIRE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'UROLOGIE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548422_0087

AVANT-PROPOS

Les complications infectieuses du cancer du col sont assez fréquentes et leur existence vient modifier son traitement.

Quoique différant par leur siège et leur nature, ces complications ont un point commun : c'est le danger immédiat qu'elles font courir à la malade si leur existence est méconnue.

Il nous a paru possible d'entreprendre sur ce sujet une mise au point bien modeste pour essayer de condenser dans ce court ouvrage les problèmes de diagnostic et de thérapeutique que cette coexistence pose.

Nous n'avons pas la prétention de fixer une ligne de conduite nette et immuable qui réponde à tous les cas; nous essayerons seulement d'exposer les principaux moyens à utiliser dans ce double but, en nous basant sur les observations qui constituent le fond de ce travail et que nous devons à l'obligeance de MM. les professeurs J. Guyot et Réchou.

Parmi ces complications infectieuses, nous avons choisi pour cet ouvrage l'annexite, parce qu'elle est la plus grave, et que, les infections localisées au néoplasme mises à part, elle est aussi la plus fréquente.

Très nombreux sont les ouvrages qui ont été publiés sur

le cancer du col; très nombreux aussi ceux qui traitent de l'annexite; malgré cela, il ne nous a pas paru faire une œuvre inutile en effectuant ce petit travail sur ce sujet connu de tous les gynécologues, mais qui n'a été nulle part exposé dans un travail d'ensemble.

Cet exposé comprendra d'abord les généralités, puis deux parties : la première, traitant du diagnostic; la seconde, du traitement, et, en dernier lieu, les observations et les conclusions.

GÉNÉRALITÉS

Le cancer du col est souvent infecté, et cette infection est certaine lorsqu'il est ulcéré et qu'il se trouve ainsi exposé à l'action des microbes du vagin.

Desensemencements ont été pratiqués sur milieux aérobie et anaérobie avec des sécrétions de ces cancers ulcérés par MM. Grandclaude et Liégeois; ces auteurs y ont trouvé une nette prédominance des streptocoques anaérobies.

La partie ulcérée du néoplasme s'infecte, mais l'infection ne s'arrête pas là; elle s'étend en profondeur et en surface, gagne les environs immédiats de la tumeur. Lorsqu'elle atteint la muqueuse de la cavité utérine, elle produit une métrite. Cette localisation serait assez fréquente, puisque la pyométrie se rencontrerait dans 8 à 10 % des cas de cancer du col. Du fait de cette infection, aux caractères sangui-nolents des pertes dont se plaignent les malades, s'ajoute la fétidité.

A côté de ces infections locales se trouvent les infections siégeant sur les annexes. Elles sont le plus souvent antérieures à la cancérisation, ou du moins à la cancérisation qui peut être diagnostiquée. On trouve fréquemment, comme dans l'observation n° II, des accidents annexiels nets dans les antécédents de ces malades.

La plupart du temps, ces annexites ont subi un traitement médical, et l'atténuation des symptômes a pu faire croire à

une guérison, alors qu'en réalité la guérison définitive n'était pas acquise.

Ces annexites, qui ont régressé jusqu'au point de ne se traduire par aucun symptôme, persistent généralement sous forme d'un petit foyer enkysté, et sont alors susceptibles d'être réveillées par des causes souvent minimales en dehors de tout traitement.

Mais, le plus souvent, c'est sous l'action d'une thérapeutique trop violente, curiethérapique par exemple, que ces foyers annexiels se réveillent.

En dehors des annexites dont les antécédents des malades assurent l'existence antérieure — aidés naturellement par les autres moyens de diagnostic — on est en droit de supposer que quelques réactions annexielles survenues chez des malades atteintes de cancer du col sont consécutives à la propagation de l'infection de ce néoplasme. Mais on ne peut conclure faute de preuves. D'ailleurs, ces cas sont rares, car l'infection, chez ces malades, aboutit à la péritonite et ne s'arrête pas suffisamment aux annexes pour former un tableau symptomatique qui permette de diagnostiquer cette localisation. Du reste, ces annexites secondaires n'ont qu'un intérêt théorique, si elles existent; outre la difficulté qu'il y a à être certain qu'elles sont nées du néoplasme, leur traitement ne différerait pas de celui des annexites préexistantes.

Cette annexite, consécutive à un cancer du col, est admise par Regaud. « On sait fort bien, dit-il, qu'abandonnés à leur évolution naturelle », les cancers du col infectés « donnent tôt ou tard des symptômes de suppuration putride; fréquemment, quelquefois de très bonne heure, *il se forme des collections purulentes dans la trompe*, le tissu conjonctif péri-utérin ou le péritoine pelvien. »

Cette infection annexielle, du fait de son existence — comme nous le verrons plus loin — apporte une difficulté plus grande au diagnostic et au traitement du cancer du col.

PREMIÈRE PARTIE

DIAGNOSTIC

Comme nous l'avons dit plus haut à propos du traitement, nous n'entreprendrons pas d'établir les données qui permettent de diagnostiquer à l'état isolé les deux affections qui font l'objet de ce travail. Nous nous bornerons à essayer de voir la différence qui se fait dans le tableau général du cancer du col du fait de l'association de cette complication qu'est l'annexite.

Nous n'avons pas non plus la prétention de passer en revue tous les symptômes de ces deux affections et leurs modifications, car cela dépasserait le but que nous nous sommes fixé.

Néanmoins, nous dirons quelques mots des principaux symptômes de ces deux affections isolées, parce que nous aurons à y revenir lorsque nous parlerons de leur concomitance.

CANCER DU COL.

On soupçonne le diagnostic positif du cancer du col par l'existence de métrorragies ou d'écoulements séro-sanguinolents chez une femme aux environs de la ménopause. Pour que ce soupçon se transforme en certitude, il faut avoir recours au toucher vaginal, certitude toute relative, car

seul l'examen anatomo-pathologique permet d'être sûr dans ce cas.

Le cancer du col est une affection qui se rencontre le plus souvent chez les femmes au moment de la ménopause, généralement après les dernières règles, et c'est entre 40 et 50 ans qu'il acquiert sa plus grande fréquence. Naturellement, il se trouve chez des femmes plus âgées, et aussi chez un certain nombre de femmes jeunes.

Les pertes sanguines des femmes atteintes de cancer du col sont, on le sait, des métrorragies; et, à ce sujet, on sait également que l'on doit tenir pour suspect tout écoulement sanguin ou séro-sanguinolent survenant entre les menstrues. Il en est de même, quoiqu'avec une moindre importance, des leucorrhées, qui, au début, n'ont pas de caractères propres, mais qui, plus tard, deviennent sanguinolentes ou fétides pour les raisons que nous avons exposées plus haut.

Les soupçons éveillés par ce qui précède, on aura recours au toucher vaginal, qui peut seul donner une certitude clinique en dehors de la biopsie que, bien entendu, on ne devra pas négliger.

Suivant la nature histologique de la tumeur, le toucher vaginal donnera des renseignements différents.

Dans la forme infiltrée, on trouvera un col dur, ligneux, dans presque toute son étendue, sinon dans toute, suivant le degré d'évolution.

Dans la forme végétante, on se trouvera en présence de gros bourgeons qui peuvent arriver à masquer, voire à oblitérer, le canal cervical. Ces bourgeons sont friables et reposent sur une base indurée.

Dans le cancer ulcéreux, si l'ulcération siège sur le pourtour du col, on peut la sentir au bout du doigt; et, suivant son étendue et sa profondeur, on aura des sensations tactiles différentes, allant jusqu'à celle d'une caverne où le doigt s'introduit.

Mais, quelle que soit la nature histologique de la tumeur

et les sensations digitales qu'elle donne, elle se trouve toujours implantée sur une base nettement indurée.

Le toucher vaginal ramène toujours du sang même chez les femmes qui ont des métrorragies très discrètes.

Quant aux douleurs, on sait que ce n'est qu'un signe tout à fait tardif auquel il ne faut pas songer pour faire un diagnostic précoce de la tumeur, nécessaire pour pouvoir faire un traitement efficace.

Nous ne nous occupons pas du diagnostic différentiel du cancer du col, qui ne rentre pas dans le cadre de ce travail.

ANNEXITE.

En ce qui concerne l'annexite, le diagnostic n'est pas aisé à faire en dehors des périodes aiguës.

Les signes fonctionnels de l'annexite chronique sont les douleurs et les troubles de l'état général.

Les douleurs, qui sont très variables quant à leur intensité et à leur irradiation, ont pour siège le bas-ventre, au-dessus de l'aîne, et profondément dans la direction de la symphyse sacro-iliaque. Cette douleur s'irradie dans tout le bas-ventre, la racine des cuisses et le rectum; elle est accrue par la station debout prolongée, par la marche, le coït et toute cause de fatigue. Elle peut être intermittente, ou, au contraire, à peu près continue.

L'état général est très souvent touché dans ces annexites chroniques. La femme se plaint de troubles dyspeptiques, vésicaux et nerveux très variables, mais qui peuvent être assez importants pour masquer leur véritable cause. Le psychisme de ces malades peut aussi être atteint.

Les signes physiques sont de beaucoup les plus importants pour ce diagnostic. Ils nous renseignent à la fois sur le côté lésé et sur l'étendue des lésions.

Il est rare que la palpation abdominale ou le toucher vaginal seuls puissent nous renseigner, mais le palper bimanuel est beaucoup plus fécond par sa précision.

Le plus souvent, on sentira une masse indépendante de l'utérus et douloureuse à la pression, masse qui peut être volumineuse, comme dans certaines salpingites kystiques, et qui siègera de préférence dans les culs-de-sac latéraux et postérieur. Si elle se trouve dans le cul-de-sac postérieur, le toucher rectal permet d'apprécier ses rapports avec le rectum.

La douleur à la pression est constante chez ces femmes atteintes d'annexite; d'ailleurs, le simple toucher, la mobilisation de l'utérus, le coït lui-même, sont très douloureux.

Quant aux annexites aiguës, les signes sont nets et le diagnostic en est assez facile. Douleurs, température et empâtement du bassin chez une femme qui vient de faire une fausse couche, un accouchement ou qui est atteinte de blennorrhagie en évolution, sont les signes essentiels qui ne manquent presque jamais.

CONCOMITANCE DU CANCER DU COL ET DE L'ANNEXITE.

Le diagnostic d'annexite et celui de cancer du col existant séparément, quoique présentant des difficultés, est assez facile en général.

Il n'en est plus de même lorsque les deux affections coexistent chez la même malade.

Ici, les signes s'imbriquent et, les uns masquant les autres, on est bien souvent dans l'impossibilité d'être affirmatif, surtout en ce qui concerne l'existence d'une annexite ancienne chez une femme atteinte de cancer du col.

En effet, bien des signes sont communs aux deux affections, et ceci rend très malaisé de dire si le symptôme constaté est le fait de la maladie déjà connue, ou s'il appartient à la complication qu'on redoute.

La douleur, par exemple, est un symptôme essentiel de l'annexite qui ne manque jamais, avons-nous dit, mais c'est aussi un symptôme qui est la règle dans le cancer du col

avancé lorsque les paramètres sont touchés. La localisation ne permet pas de l'attribuer à l'une ou l'autre des deux affections d'une façon certaine.

Il est vrai que si la douleur est un signe tardif du cancer du col et que la femme souffre depuis longtemps, on pourra penser que cette douleur est le fait d'une autre affection, puisqu'elle existait alors que le cancer du col ne pouvait pas la provoquer.

Les écoulements leucorrhéiques se voient également dans les deux affections et, de plus, ce n'est pas un signe qui soit exclusif à ces deux seules maladies. En effet, ils sont fréquents dans presque tous les troubles infectieux des voies génitales de la femme, quelle que soit la hauteur du point lésé.

L'examen nous apporte des signes plus précis. Lorsque, chez une malade avec un cancer du col diagnostiqué, on trouve une masse, très sensible à la pression, séparée de l'utérus par un sillon net, que cette masse siège dans le petit bassin, on est en droit de soupçonner une annexite. Si, dans les antécédents de la malade, se trouvent des accidents infectieux aigus du côté du bassin, le doute n'est plus permis.

Mais il est rare que le diagnostic soit rendu aussi aisé par un ensemble de symptômes, de signes physiques et d'antécédents aussi nets.

Le plus souvent, l'examen n'apporte pas de données aussi précises, car, au lieu d'avoir une masse nette séparée de l'utérus, on se trouve en présence d'un empâtement plus ou moins étendu qui immobilise l'utérus. Ceci est fréquent lorsque la poussée d'annexite a été accompagnée de périannexite. Dans ce cas, il est à peu près impossible de savoir si l'immobilité de l'utérus est due à l'existence d'un empâtement infectieux périannexiel ou plutôt à un envahissement de cette région par des masses néoplasiques. Il est vrai que le toucher vaginal nous apporte une aide efficace, car l'examen des culs-de-sac nous les montre dépressibles

lorsque l'empâtement est infectieux, et qu'ils sont durs, ligneux, s'ils sont envahis par le néoplasme.

En général, les antécédents de la malade donnent des renseignements très précieux quant à l'existence possible d'une annexite, chez une femme atteinte de néoplasme du col de l'utérus.

En effet, bien souvent, alors que l'examen ne fournit pas de renseignements probants, le passé de la malade accuse des accidents qui, au moins, font soupçonner cette complication. D'autres fois, les accidents présentés ont été assez nets pour permettre un diagnostic, comme dans l'observation n° II, et alors, malgré la guérison apparente de ces troubles, on doit considérer cette complication comme existant encore, tout au moins à l'état latent, et susceptible d'être réveillée par un traitement trop intensif, surtout curiethérapique. C'est, croyons-nous, ce que nous apprend l'observation II.

On voit, d'après ce qui précède, que le diagnostic de l'annexite chronique compliquant un cancer du col, cas le plus habituel, n'est pas chose facile. A part le cas où les antécédents sont formels, la plupart du temps on ne fera que soupçonner cette complication. Mais ce seul soupçon aura une grande influence pour décider du traitement du cancer du col.

DEUXIÈME PARTIE

TRAITEMENT

La coexistence du cancer du col et de l'annexite offre, au point de vue thérapeutique, quelques difficultés.

Le cancer du col exige un traitement précoce; d'autre part, l'annexite, tout au moins à la période aiguë, exige un repos plus ou moins long; il en résulte une antinomie qui exige la mise en œuvre de deux thérapeutiques, la plupart du temps différentes, mais non moins urgentes l'une que l'autre.

Pour la commodité de l'exposé, nous parlerons d'abord de la prophylaxie, puis du traitement médical, des radiations, et enfin du traitement chirurgical.

Prophylaxie.

La prophylaxie du cancer du col est, à l'heure actuelle, encore à l'étude, parce que nous ne connaissons pas l'étiologie du cancer.

Bien des causes prédisposantes ont été invoquées. Les traumatismes jouissent d'une grande faveur, mais, dans la localisation qui nous occupe, leur rôle est tout au moins problématique. L'infection paraît, au contraire, être plus plausible, et très nombreux sont les cas de cancers greffés

sur des utérus atteints de métrite chronique. Mais, d'autre part, l'infection utérine est si fréquente chez la femme, à des degrés divers, que, pour le cancer du col, ce rôle joué par la métrite ou les infections en général est peu probant.

Il semble également qu'il y ait un terrain et même des familles de cancéreux (Obs. II).

Le traitement prophylactique est difficile à faire. On doit naturellement s'attacher à :

La suppression des causes infectieuses;

À prodiguer des conseils d'hygiène, même à essayer l'administration de « médicaments basés sur des données hypothétiques ou des faits expérimentaux plus ou moins certains » (reminéralisation magnésienne).

Mais il n'y a guère que « l'examen systématique de tout sujet ayant atteint l'âge du cancer » qui soit un moyen prophylactique utile.

Le traitement prophylactique de l'annexite est naturellement basé sur la connaissance de la cause et de l'agent infectieux qui ont amené cette infection. On traitera donc les infections métritiques et autres qui peuvent, par propagation, engendrer l'annexite. On recherchera l'asepsie complète au moment d'une intervention pour accouchement ou avortement, dans la mesure du possible. Les annexites d'autre nature sont difficiles à éviter.

Nous n'avons rien à ajouter quant à la prophylaxie de ces deux affections lorsqu'elles sont concomitantes.

Traitement médical.

Nous ne dirons que quelques mots sur les traitements médicaux du cancer du col qui, à l'heure actuelle, « n'ont pas encore donné de preuves suffisantes de leur valeur cons-

tante, pour les considérer autrement que comme des tentatives expérimentales ».

Nous ne parlerons pas du traitement palliatif du cancer, qui ne rentre pas dans le cadre de ce travail.

CANCER DU COL.

Nous avons à notre disposition plusieurs méthodes thérapeutiques d'ordre médical pour traiter le cancer du col de l'utérus, mais toutes semblent être assez inefficaces au point de vue curatif.

On obtient quelques améliorations passagères des symptômes, même une régression apparente de la tumeur, mais on n'obtient pas la guérison définitive.

Parmi ces méthodes, nous trouvons :

La Physiothérapie (thorium, polonium, etc.), dont les résultats sont très discutés;

La Chimiothérapie (sels de magnésium, de plomb, etc.);

L'Organothérapie, directe ou indirecte, qui emploie des extraits d'organes d'animaux préparés ou non par des injections de tumeurs;

La Vaccinothérapie, soit avec la tumeur du malade, soit avec des extraits de tumeurs desséchées;

La Sérothérapie, avec du sérum de cheval auquel on a injecté des tumeurs analogues à celle du malade;

Des associations de drogues chimiques et organiques, qui résument et associent plusieurs des méthodes thérapeutiques qui précèdent.

Ces méthodes thérapeutiques inefficaces lorsqu'elles sont employées seules, peuvent être utilisées en même temps, semble-t-il, que les méthodes curatives.

Ces moyens thérapeutiques, en dehors des radiations, sont encore à l'étude, et on ne peut se baser sur les résultats obtenus jusqu'ici pour les classer soit parmi, soit hors des moyens qui ont déjà fourni des preuves de leur efficacité, comme la chirurgie ou les radiations.

ANNEXITE.

En ce qui concerne l'annexite, le traitement médical renferme moins de méthodes thérapeutiques que celui du cancer du col.

Le traitement médical est appliqué comme traitement d'urgence, dès qu'on se trouve en présence d'une annexite aiguë. Les moyens dont on dispose sont restreints et ont pour but de calmer les phénomènes inflammatoires. Il est le plus souvent suffisant pour amener une sédation des symptômes donnant à la malade l'apparence de la guérison.

Repos absolu dans le décubitus dorsal, glace sur le ventre, diète et sédatifs de la douleur, tels sont les principaux éléments de ce traitement.

Le traitement médical de l'annexite, à sa phase aiguë, amène une sédation des symptômes, mais on ne peut pas croire à une guérison complète, à une régression des phénomènes inflammatoires, surtout lorsque l'inflammation est assez étendue.

Ainsi que nous l'avons dit plus haut, il arrive fréquemment que, chez des malades ayant eu une annexite traitée médicalement, sous l'influence d'une cause extérieure, les symptômes reparaissent, sinon au complet, au moins en partie. Parmi ces signes, le plus commun est la douleur. En effet, l'annexite passe à la chronicité sous forme d'une collection salpingienne comme dans les observations V et VI.

A côté du traitement symptomatique (glace, sédatifs de la douleur, repos), il faut faire une place aux vaccins.

Une première difficulté découle de la nécessité où l'on se trouve de savoir quel est le microbe en cause pour choisir le vaccin à employer.

L'interrogatoire de la malade et son examen apportent, il est vrai, assez souvent, des présomptions quant au microbe qui est en cause.

L'interrogatoire, en effet, en nous renseignant sur l'origine des phénomènes qui ont précédé l'annexite, peut nous faire penser à la nature gonococcique de cette localisation, lorsqu'on se trouve en présence d'une femme qui a eu des pertes purulentes à la suite de l'acte sexuel. On peut même assez souvent dépister rétrospectivement l'urétrite initiale. Pour MM. Basset et Poincloux, il serait possible de diagnostiquer cette blennorragie chez la femme, alors même que la contagion daterait de plusieurs années et que les signes cliniques d'urétrite auraient disparu. Ils attachent une très grande importance à l'état de la moitié inférieure de la papille uréthrale à l'insertion des glandes de Skène. En effet, pour ces auteurs, chez la femme atteinte d'infection gonococcique, cette moitié inférieure serait plus ou moins rouge et tuméfiée.

De même, chez une femme où on ne peut incriminer la nature gonococcique de son annexite, et qui présente ou a présenté des phénomènes réactionnels de son tube digestif (le plus souvent constipation, langue saburrale, etc.) avec les phénomènes généraux habituels de l'infection colibacillaire, on peut croire avec raison à l'action de ce microbe dans la genèse de l'infection en cause.

Quant à l'origine streptococcique, les phénomènes sont assez typiques et n'arrivent, comme nous l'avons dit, que chez une catégorie de malades (avortement, grossesse, streptococcie, etc.).

Le mode d'application de ces vaccins, leur spécificité étant connue, a surtout varié depuis quelque temps.

Les injections sous-cutanées de ces vaccins, soit des auto-vaccins, soit des stock-vaccins, est toujours inefficace; il en est de même pour les vaccins appliqués par voie intradermique.

On s'est efforcé alors, en appliquant le résultat des recherches de Besredka, à faire des vaccins locaux, mais, pour les salpingites, cette voie n'est pas praticable.

Tout dernièrement, on s'est appliqué à établir la vacci-

nation régionale par la *porte d'entrée* qui donnerait de très bons résultats, d'après MM. Basset et Poincloux.

Il serait à désirer que ces résultats soient constants; on posséderait ainsi une arme très sûre contre les infections annexielles.

Quant aux résultats éloignés fournis par cette méthode, ils semblent être très bons, puisqu'après le traitement il n'a persisté que de minimes adhérences rétro-tubaires sans autres modifications, ce qui a été constaté *de visu*.

Ces auteurs, néanmoins, ont vu des cas non parfaitement guéris, dans lesquels ont persisté des lésions plus ou moins importantes et qui leur permettent de croire à une réinflammation, qu'ils ont d'ailleurs constatée une fois.

L'annexite chronique peut bénéficier des mêmes traitements, quoique les résultats soient moins certains. La vaccination peut également être tentée, et semble avoir donné des résultats lorsqu'il s'est agi d'annexite gonococcique.

Le plus souvent, le traitement médical amène une sédation des symptômes, et il n'y a pas urgence à employer un traitement chirurgical, mais ce traitement ne semble pas être certain; fréquemment, les lésions rétro-cèdent, mais laissent un petit foyer, à l'état latent, qu'une cause quelconque peut réveiller.

CONCOMITANCE DU CANCER DU COL ET DE L'ANNEXITE.

Quel que soit le mode de traitement curatif choisi pour guérir l'affection principale, c'est-à-dire le cancer du col, le traitement médical ne sera qu'un palliatif.

Etant donné que la guérison de l'annexite est problématique par ce traitement, on ne saurait s'y attarder puisqu'il faut agir rapidement sur le cancer du col.

On l'appliquera, si l'annexite est aiguë, le temps nécessaire pour pouvoir mettre en œuvre, d'une façon efficace, le traitement du cancer du col.

Par le repos, la glace et les sédatifs, on essayera de calmer l'annexite; il nous semble que là doit se borner le traitement médical de cette affection lorsqu'elle survient chez une malade atteinte de cancer du col.

Lorsque le cancer a dépassé la période où il est curable, le traitement médical reprend ses droits, essaye de calmer les souffrances de la période terminale de cette maladie.

Traitement par Radiations.

Nous grouperons dans ce chapitre la Curiethérapie et la Radiothérapie. Etant donnée l'importance qu'ont pris ces deux moyens de traitement dans la thérapeutique du cancer du col, il nous a semblé utile de leur consacrer un chapitre à part.

A l'heure actuelle, les progrès de la technique — surtout quant à la pénétration des rayons et à leur dosage — permettent d'employer les rayons X aussi sûrement que le Radium.

CANCER DU COL.

Les indications qui permettent l'emploi des radiations dans le cancer du col ont été l'objet de nombreux travaux et, en définitive, il appartient au chirurgien de choisir entre ce mode de traitement et la chirurgie, suivant la nature histologique, le degré d'évolution de la tumeur à traiter et de la constitution de la malade, son embonpoint pouvant être une gêne opératoire.

La nature de la tumeur a une grosse importance, car on sait que toutes ne sont pas également radiosensibles.

Le degré d'évolution ne permet pas, au début, de trancher la question, parce que les radiations sont utilisables à tous les degrés du néoplasme, avec des résultats éloignés

sensiblement égaux à ceux de la chirurgie. Même alors que la tumeur a dépassé la limite de son opérabilité, le radium et les rayons X restent efficaces et deviennent le seul moyen de traitement que nous ayons à notre disposition. A la dernière période, les radiations ne sont plus d'aucune utilité : au contraire, leur emploi est contre-indiqué, parce qu'il ne fait qu'accélérer la fin.

Les radiations sont aussi employées en association avec la chirurgie.

Elles sont appliquées avant la chirurgie et pourraient rendre opérable un cancer qui ne l'était pas. Elles peuvent l'être après, mais, ici, la plupart des auteurs se prononcent contre elles (Regaud, J.-L. Faure), surtout si on l'applique d'une façon systématique. Par contre, la radiothérapie est le meilleur traitement des métastases postopératoires.

ANNEXITE.

L'annexite n'est pas justiciable de l'emploi des radiations ; au contraire, son existence contre-indique formellement leur emploi.

CONCOMITANCE DU CANCER DU COL ET DE L'ANNEXITE.

Lorsque l'annexite complique le cancer du col de l'utérus, celui-ci n'est plus justiciable du radium ou de la radiothérapie.

A ce point de vue, l'annexite n'a pas besoin d'être à un stade aigu ; même chronique, on ne doit pas tenter le traitement par les radiations.

Cette contre-indication n'existe pas seulement pour l'annexite, mais aussi pour toute infection autre que celle qui accompagne tout cancer ulcéré.

Dans ce cas, et nous avons vu que tout cancer ulcéré est infecté — puisqu'en contact direct avec une cavité septique.

le vagin — la curiethérapie peut être tentée, mais il faut agir avec prudence, fractionner les doses et s'arrêter dès qu'apparaît un signe quelconque prouvant l'aggravation de cette infection, tel que fièvre, douleur ou écoulement abondant. Une sage précaution est celle qui consiste en une désinfection préalable de cette tumeur.

Toute infection, et à plus forte raison l'annexite, est aggravée par les radiations. Lorsque l'infection est minime, elle peut ne pas dépasser le degré qu'elle atteignait avant l'intervention thérapeutique, et la malade n'avoir qu'un peu de courbature et une légère élévation thermique. Mais lorsque l'infection est importante, les radiations agissent en donnant un coup de fouet à ce processus infectieux, qui devient suraigu et entraîne fréquemment la généralisation.

Aussi, nous pouvons produire quatre observations de malades traitées par le radium avec les précautions d'usage, qui furent enlevées par une péritonite suraiguë. En 1923, Regaud et Muttermilch publièrent quatre observations semblables.

D'autre part, on sait qu'un néoplasme infecté ne bénéficie pas de l'action du radium comme le fait un cancer qui a préalablement désinfecté. Cette moindre radiosensibilité se voit à plus forte raison lorsque l'infection a dépassé les limites du néoplasme. On ne s'explique pas très bien le rôle que peut jouer l'infection dans cette moindre radiosensibilité; toutefois, il est indéniable.

On essaie d'expliquer les accidents qui surviennent chez les femmes atteintes de cancer du col infecté du fait du traitement radiothérapique, par l'abolition des défenses de l'organisme ou du moins leur diminution. On ne peut incriminer le germe qui, on le sait, n'est pas influencé par ces mêmes radiations. En plus de cette hypothèse, en ce qui concerne le radium, on peut accuser le traumatisme qui a lieu lors de la mise en place des tubes contenant ce corps; car il suffit bien souvent d'une simple manœuvre intra-utérine sur un utérus cancéreux infecté pour amener une

infection grave chez la malade. Il faut croire que les manœuvres nécessaires pour la mise en place des tubes agit comme les manœuvres traumatisantes ordinaires, en plus, naturellement, de l'action des émanations du radium qui doivent, elles aussi, diminuer la défense de l'organisme comme semblent le faire les rayons X.

Pour éviter ces accidents, qui sont toujours sérieux, on a proposé plusieurs moyens.

L'examen bactériologique des sécrétions utéro-vaginal avant le traitement par les radiations serait nécessaire pour éviter la curiethérapie faite sur un cancer infecté par les streptocoques. Il est démontré que le streptocoque est le microbe dangereux dans ces cas; la plupart des complications mortelles de ces néoplasmes lui sont dues.

Lorsque la complication infectieuse siège sur le néoplasme et ne l'a pas dépassé, on peut entreprendre — et on doit le faire — la désinfection. Plusieurs moyens sont à notre disposition : la *Chimiothérapie*, la *Sérothérapie*, la *Vaccinothérapie*. Cette dernière serait très efficace si on l'emploie en injections par la porte d'entrée; elle a aussi l'avantage de pouvoir être utilisée même lorsque la localisation n'est pas accessible par manœuvres externes, car la porte d'entrée l'est généralement.

Malgré tous les moyens thérapeutiques dont nous disposons, si les radiations ont été choisies comme traitement à employer, on devra les appliquer avec une extrême prudence.

La prudence est à coup sûr la meilleure prophylaxie des accidents infectieux graves pouvant compliquer ce traitement.

On devra commencer par une application vaginale qui précédera de quelques jours l'application utérine; on fractionnera ces applications pour pouvoir surveiller l'état local (péritoine surtout) et général de la malade.

Malgré toutes ces précautions, on ne peut pas être sûr d'éviter les complications; aussi nous nous permettons, si

les indications de M. le professeur Guyot, d'insister sur une autre méthode : l'extirpation chirurgicale des foyers annexiels suivie du traitement du néoplasme, qui peut être soit chirurgicale — si cela est possible — soit par les radiations. Nous parlerons de cette façon de faire plus loin, avec le traitement chirurgical.

Traitement chirurgical.

CANCER DU COL.

Le traitement chirurgical est resté longtemps l'unique traitement curatif du cancer du col; il s'y est ajouté actuellement les radiations que nous avons vues au chapitre précédent.

Les indications opératoires sont fixées aujourd'hui après de nombreuses discussions; fixées, il est vrai, d'une façon provisoire, parce que le temps seul pourra nous renseigner d'une façon certaine sur l'efficacité des radiations par rapport à la chirurgie.

Les résultats éloignés de la curiethérapie n'étant pas nettement établis, le traitement chirurgical reste le traitement de choix chaque fois qu'on se trouve en présence d'un cancer du col opérable.

Les méthodes opératoires, employées sont nombreuses. Suivant la voie d'accès choisie, on peut utiliser l'hystérectomie vaginale ou abdominale ou l'association des deux, une voie d'accès précédant l'autre suivant les auteurs. La méthode la plus employée est celle qui utilise la voie abdominale. Les résultats éloignés semblent meilleurs si on emploie l'hystérectomie élargie. Quant à la mortalité immédiate, elle est abaissée par l'emploi systématique du drainage à la Mickulicz, qui diminue la gravité d'une infection possible. L'hystérectomie élargie par voie abdominale

suivie de tamponnement à la Mickulicz est la meilleure méthode opératoire du cancer du col, dans les tumeurs au début et chez des femmes relativement maigres. C'est néanmoins une opération grave; et c'est au chirurgien à juger de l'opportunité de telle ou telle autre opération et de la voie d'accès à emprunter suivant la malade.

ANNEXITE.

Le traitement chirurgical est le meilleur surtout lorsqu'elle est chronique, après ce que nous avons vu du traitement médical qui est dans l'impossibilité de nous assurer une guérison parfaite.

Plusieurs opérations peuvent être tentées pour guérir cette affection, soit l'opération radicale (hystérectomie), soit les opérations conservatrices.

Il n'est pas possible d'établir à l'avance quelle sera l'opération employée. On débute par une laparatomie et, suivant l'état des annexes — *de visu* — on se décide pour l'une ou l'autre de ces interventions; il appartient donc au chirurgien de décider de l'étendue de l'opération suivant l'état de ces organes.

CONCOMITANCE DU CANCER DU COL ET DE L'ANNEXITE.

Le diagnostic de l'annexite venant compliquer un cancer du col n'étant pas facile, il y a lieu d'être très prudent dans le choix d'une thérapeutique.

Lorsque l'annexite est diagnostiquée, comme dans l'observation V, la meilleure ligne de conduite nous semble être la laparotomie. Une fois le ventre ouvert, on voit l'étendue des lésions et on peut décider de l'opération qu'il est bon de pratiquer.

Chez la malade dont le cas est exposé dans l'observa-

tion V, M. le professeur Guyot a préféré faire une hystérectomie subtotale suivie d'application de radium.

Un gros avantage de cette façon de faire est de pouvoir juger d'une façon plus parfaite de l'utilité de tel ou tel autre traitement.

Dans l'observation VI, l'opération commencée par une laparotomie a été terminée par un Wertheim, car la vue des lésions a permis de diagnostiquer une annexite que ni l'interrogatoire ni l'examen n'avaient décelée.

Lorsque l'annexite est diagnostiquée et que le cancer est inopérable — mais lorsque la malade n'est pas cachectique — on devrait quand même employer la laparotomie comme premier temps d'un traitement curatif, premier temps opératoire ayant pour but l'extirpation des lésions inflammatoires, second temps curiethérapie ou radiothérapie pour guérir le cancer.

Dans tous les cas, il faut un tamponnement à la Mickulicz. Il a été préconisé comme devant être employé systématiquement chez les opérées de cancer du col par J.-L. Faure, par crainte d'une infection possible; il doit être, à plus forte raison, employé ici où l'infection est certaine.

Lorsque l'annexite n'est pas diagnostiquée d'une façon certaine, mais que l'on est en droit de la soupçonner, la même ligne de conduite devrait être suivie.

Il reste un grand nombre de cas où l'infection annexielle existe, mais où nous ne pouvons pas la diagnostiquer ou même la soupçonner (observation VI). Dans ces cas, s'ils sont opérables, ils bénéficient de l'opération; s'ils ne le sont pas, seule la prudence dans le traitement par les radiations pourra éviter les accidents infectieux suraigus. C'est ainsi que, devant la gravité de ces accidents infectieux des cancers du col traités par la curiethérapie, il faut faire un examen bactériologique des sécrétions utéro-vaginales et employer les vaccins, la sérothérapie et la chimiothérapie avant d'employer prudemment les radiations.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Due à l'obligeance de M. le professeur RÉCHOU.

*(Cancer du col, annexite probable. Curiethérapie,
pelvi-péritonite. Décès.)*

Marie D..., quarante ans.

Il y a un an environ que la malade vit ses forces diminuer sensiblement, et, à peu près à la même époque, ressentit des douleurs dans la fosse iliaque gauche avec irradiations dans les reins. La malade s'est présentée à la consultation du professeur Chavannaz. Après un traitement local (injections), la malade fut fortement améliorée; mais, au bout de trois mois, elle eut une nouvelle crise douloureuse qui nécessita son entrée à l'hôpital. Ne voyant pas la nécessité d'une intervention chirurgicale, on adresse la malade au professeur Réchou pour son traitement.

Antécédents personnels. — Pas de maladies dans l'enfance.

Réglée à quatorze ans, règles régulières, peu abondantes, non douloureuses.

Pertes blanches abondantes.

Mariée à dix-huit ans, un accouchement normal, enfant bien portant. Pas de fausses couches.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort asthmatique. Sa mère morte cardiaque.

Antécédents collatéraux. — Une sœur vivante, bien portante.

Examen. — Le 17 août 1929, la malade présente des pertes rougeâtres fétides. Un point douloureux dans la région hypogas-

trique, un peu à gauche de la symphyse pubienne. Au toucher vaginal, col abaissé à 4 cm. de l'orifice de la vulve. Gros corps utérin. Grosse ulcération de la partie antérieure du col. Cul-de-sac vaginal droit relativement souple. Cul-de-sac vaginal gauche induré, *mobilisable*. Corps utérin de volume normal. Le col saigne légèrement au toucher.

Traitement. — Radiothérapie à dose totale de 12.000 R en deux séances (19 août 1929 et 12 septembre 1929).

Le 7 février 1930, curiethérapie.

Ra E, 3 tubes de 10.

Le 9 février 1930, *poussée de température* à 39°, pouls à 120; ablatium du radium.

On reprend le même traitement le 17 février.

Le 20 février, fin de la curiethérapie.

Dans les jours qui suivent l'ablation du radium, poussées de température à 39°8, hoquet, légère contracture abdominale, facies grippé.

Décédée le 26 février 1930. Depuis la veille de l'ablation du radium, le pouls se maintient à 120 pulsations.

OBSERVATION II

Due à l'obligeance de M. le Professeur RÉCHOU

(Cancer du col, annexite, traité par curiethérapie. Décès.)

Emilienne B..., quarante-quatre ans, factrice.

Entre au service de M. le professeur Réchou le 28 mars 1927, envoyée par le docteur P... pour épithélioma du col.

Réglée à douze ans, règles avancées de cinq à six jours avec expulsion de caillots, parfois douloureuses.

Vers 1915, les règles augmentent notablement dans leur durée et leur abondance (durée moyenne, sept à huit jours). Ce changement dans les menstrues coïncide avec un changement de profession. La malade devient factrice et fait de longues randonnées chaque jour.

En 1917, les menstrues durent dix à douze jours. Elles sont

assez abondantes et s'accompagnent de sensation de pesanteur dans le bas-ventre, accusée surtout à la marche et à la station debout.

En juin 1923, elle fait un syndrome douloureux de la fosse iliaque droite avec coliques, vomissements et fièvre au voisinage de 40°. Cet état aurait duré une semaine.

L'alitement aurait été maintenu pendant cinq semaines. Cette crise fut traitée par des compresses d'eau froide, puis d'eau chaude, dont l'état sédatif était plus marqué, et la diète. Cette crise était apparue deux à trois jours avant la date normale des menstrues. Les douleurs furent unilatérales et on porta le diagnostic de *salpingite droite*.

De 1923 à 1925, menstruation assez régulière de durée normale. Depuis novembre, ou décembre 1925, réapparition des règles prolongées avec gros caillots. Durée moyenne de dix à quinze jours nécessitant l'alitement.

Depuis cette époque, apparition de pertes rousses et fétides à prédominance matinale.

Apparition de douleurs siégeant au bas-ventre, s'irradiant vers la région lombaire et au membre inférieur gauche (face postéro-externe). Ces douleurs sont à peu près continues; il n'existe pas de crises paroxystiques à horaire fixe. Leur début remonte à décembre 1925 environ, mais, il y a deux mois (février 1927), elles ont atteint leur maximum.

Pas de perte des forces ni de l'appétit.

Bon état général.

Antécédents personnels. — Un accouchement normal à vingt-deux ans, mais long et particulièrement douloureux.

Pas de fausses couches.

Antécédents héréditaires. — Père mort à cinquante-cinq ans d'un cancer de la lèvre.

Mère morte à soixante-huit ans d'un cancer au sein gauche.

Mari bien portant.

Examen. — Le 19 avril 1927 : femme grasse, abdomen volumineux, léger point douloureux au niveau du bas-ventre, côté gauche, à la pression profonde.

Toucher vaginal. — Col de dimension moyenne, de consistance fibreuse, léger diaphragme vaginal. Le cul-de-sac gauche paraît légèrement augmenté de consistance.

Les deux culs-de-sac sont peu profonds. Gros corps utérin, dur, assez mobilisable, dont le bas-fond remonte à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic; sa surface paraît uniforme et sa consistance plus dure que la normale. Le toucher ramène du sang.

Toucher rectal. — Paramètres souples, grosse masse utérine développée aux dépens du corps, qui fait saillie en arrière, dans la concavité sacrée où elle présente quelques lobulations. Elle est assez mobile, non enclavée.

Spéculum. — Diaphragme vaginal, col rouge, un peu œdémateux. Cathétérisme : on pénètre assez difficilement dans un canal endocervical granuleux, sur une longueur d'environ 4 centimètres.

On prélève deux biopsies : l'une au niveau du col (épithélioma); l'autre, au niveau du canal endocervical, par curettage explorateur sous anesthésie générale.

Conclusions. — 1° Fibrome utérin dont le début clinique paraît remonter à 1915;

2° Fibrome compliqué de carcinomatose du corps possible dont le début pourrait être fixé aux environs de décembre 1925.

Traitement. — Le 19 avril 1927. Curiethérapie utérine par voie naturelle.

1° Sonde intra-utérine avec 1 tube de 10 mgr.

2° Colpostat en liège avec 2 tubes de 10 mgr. Ra E = 20 mgr. Ra E. Un bouchon dans chaque cul-de-sac.

Filtre : 1 mm. de Pt; 1,5 mm. Or.

Dose totale : 30 mgr. Ra E.

Le 27 avril 1927, morte de péritonite généralisée par rupture de salpingite suppurée (autopsie).

OBSERVATION III

Due à l'obligeance de M. le professeur RÉCHOU.

(*Epithélioma du col, annexite probable. Curiethérapie. Décès.*)

Catherine C..., soixante ans.

Envoyée dans le service de M. le professeur Réchou par le docteur R... pour épithélioma du col.

A cinquante-quatre ans, les règles de la malade sont revenues de temps à autre. Pertes blanches abondantes et *fétides*. pas de grosse hémorragie.

A subi un curettage il y a huit jours (docteur R...).

Depuis, la malade ne perd presque plus.

Douleurs abdominales.

Antécédents personnels. — Rien à signaler dans l'enfance.

Réglée à douze ans, régulièrement, règles abondantes.

Mariée à dix-sept ans.

Une grossesse normale.

Pas de fausse couche.

A vingt-trois ans, une bronchite.

A quarante ans, jaunisse.

A cinquante ans, ménopause.

Antécédents héréditaires. — Père en bonne santé.

Mère morte à quatre-vingt-deux ans.

N'a ni frère ni sœur.

Examen. — Le 5 novembre 1929, la malade ne souffre pas. Pas de pertes, pas de constipation. Urine bien. Appétit conservé.

Toucher vaginal. — Gros col en bouchon de champagne saignant au toucher, légèrement ulcéré. Le cul-de-sac antérieur a perdu sa souplesse habituelle, ainsi que le cul-de-sac latéral droit dans sa partie antérieure.

Utérus mobile. La mobilisation n'est pas douloureuse.

Conclusions. — Epithélioma infiltrant ulcéré du col utérin. Deuxième degré avancé.

Traitement. — Le 20 novembre 1929 : curiethérapie. Avant ce traitement, il a été fait une désinfection vaginale par pansements au bouillon-vaccin Grémy.

Le 27 novembre 1929 : ablation du radium. Dose totale : 56 mc. δ .

Pelvi-péritonite. — A partir de ce moment, malgré un traitement avec glace sur le ventre, piqûres de septicémine et d'électrargol, la malade a un abdomen volumineux avec arrêt des matières et des gaz.

Décédée le 26 décembre 1929 avec 36° 2 de température et pouls incomptable.

OBSERVATION IV

Due à l'obligeance de M. le professeur RÉCHOU.

(Epithélioma du col, annexite, curiethérapie. Décès.)

Maria L..., trente-neuf ans, domestique.

Il y a deux ans, la malade, réglée régulièrement, perd tous les quinze jours.

Il y a trois mois, elle constate des pertes sanguines et des caillots à l'occasion des rapports sexuels ou de sa toilette. En même temps, elle souffre violemment des reins et du ventre, surtout à la fatigue. Envies fréquentes d'uriner et d'aller à la selle.

Actuellement, même état, mais les douleurs sont calmées par le repos au lit.

Bon état général.

Antécédents personnels. — Typhoïde dans l'enfance.

Syphilis à vingt ans, soignée pendant dix ans. Accident primaire seulement.

Ictère à vingt-deux ans.

Réglée à quatorze ans, règles régulières jusqu'à trente-six ans.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Examen. — Le 29 juillet 1930 : col dur, irrégulier au niveau de sa lèvre postérieure. Corps utérin mobile. Infiltration indurée des paramètres à gauche.

Toucher rectal. — Confirme le toucher vaginal. On sent, au niveau du paramètre gauche, une large infiltration immobilisant le col et le corps utérin.

Conclusions. — Epithélioma ulcéro-bourgeonnant du col utérin développé surtout au niveau de la lèvre postérieure avec extension au paramètre à gauche.

Traitement. — Le 5 juillet 1930 : pose d'une sonde intra-cervicale 10 + 10 + 10 mmgr.
et d'un colpostat 10 + 10 mmgr. Ra E.

Dès le lendemain soir, la température commence à s'élever

à 37° 5, pour arriver à 39° le soir du troisième jour. On enlève alors le radium.

La malade a des pertes, avec facies péritonéal, grosse défense musculaire du côté droit de l'abdomen. On lui fait de l'ergotine et un abcès de fixation. La température tombe les jours suivants, mais le pouls reste rapide.

Le 21 juillet, nouvelle hausse thermique.

Au toucher, *empâtement annexiel très douloureux à droite*. On fait de la septicémine, de l'huile camphrée, de l'éther sous-cutané et du sérum à la Murphy.

Le 2 août, nouvel abcès de fixation.

Jusqu'au 11 août, fièvre à grandes oscillations, avec pouls suivant la courbe thermique. A ce moment, grosse escharre sacrée suppurant abondamment, avec trajet fistuleux ne paraissant pas en rapports avec le rectum. La température baisse, mais le pouls reste rapide et mou, oscillant entre 110 et 130 pulsations, nettement dissocié avec la température.

Malade très asthénique se plaignant d'amblyopie marquée.

Le 2 octobre, état général mauvais, avec facies péritonéal et brusque ascension thermique.

Décédée le 3 octobre. Péritonite diffuse.

OBSERVATION V

Due à l'obligeance de M. le professeur GUYOT.

(Cancer du col et annexite, hystérectomie subtotale et curiethérapie. Guérison.)

Marie-Louise M..., trente-quatre ans, journalière.

Entrée à l'hôpital, envoyée par M. le professeur Guyot, parce qu'elle a des métrorragies.

On peut faire remonter la maladie à environ deux ans, où la malade, à la suite d'une affection qu'elle ne précise pas (jaunisse ?), remarque que ses règles deviennent plus abondantes et durent plus longtemps (huit à dix jours).

Mais, il y a deux mois environ, elle ressent quelques légères

douleurs dans le bas-ventre avec prédilection pour le côté droit. La malade se plaint surtout de petites hémorragies constituées au début par de petites pertes de sang vermeil qui deviennent par la suite plus claires, presque aqueuses, tachant le linge très légèrement et dégageant une odeur désagréable. Les pertes rosées survenaient à n'importe quel moment de la journée, de préférence la nuit, et étaient tout à fait spontanées.

Perdant continuellement, la malade se sent très affaiblie et dit avoir perdu du poids (?). Elle souffre quand elle va à selle.

Dernières règles le 20 novembre 1929.

A toujours été très bien réglée.

Antécédents personnels. — Le docteur G..., médecin de la malade, nous a signalé qu'elle avait eu un ictère.

Aucune maladie de l'enfance.

Réglée à quatorze ans, règles abondantes (cinq à six jours).

Mariée en 1920. Une fausse couche de sept mois, fœtus macéré d'après la sage-femme. N'a jamais eu d'enfant.

Antécédents héréditaires. — Père atteint de paralysie depuis un an. Mère bien portante.

Deux frères et une sœur bien portants.

Tension artérielle au Pachon (16 décembre 1929) : Maxima, 15; minima, 7; indice, 2,5.

BW — | | | |.

Examen. — Gros col avec lèvres exubérantes, bourgeonnantes et dures.

Corps en anteflexion, pas très volumineux.

Paroi vaginale en avant non envahie.

Cul-de-sac latéral droit infiltré. Cul-de-sac latéral gauche très profond.

La mobilité utérine persiste, mais est un peu limitée.

Rein droit non augmenté de volume ni douloureux, un peu abaissé.

Le 3 janvier 1930 : examen de M. le professeur Guyot. Gros col saignant, dur, formant champignon au fond du vagin; à mobilité transversale très limitée; avec des culs-de-sac libres, mais *grosse masse latéro-utérine droite, très douloureuse et un peu haut située.*

Avant l'opération, on fait une série de piqûres de cyanure de mercure (6 piqûres).

Opération le 14 janvier 1930. — Hystérectomie subtotale pour née du col avec salpingite bilatérale. Dès le ventre ouvert, on trouve un peu d'ascite; on lève les adhérences épiploïques fixées sur le fond de l'utérus. On explore alors les annexes des deux côtés. A droite, il existe un hématosalpinx et à gauche une annexite adhérente à l'anse sigmoïde. On décide de pratiquer une subtotale suivie d'application de radium. Après ligature des deux utérines, on sectionne le col de l'utérus. Cautérisation au thermocautère. Tous les pédicules sont liés et on termine par un Mickulicz avec un drain. Bonne anesthésie. Suture de la paroi en trois plans, avec quatre fils métalliques extrapéritonéaux.

Le 16 janvier 1930, M. le professeur Guyot enlève les métalliques et le bourrelet.

Le 19 janvier : ablation des mèches.

Le 24 janvier : ablation du Mickulicz.

Le 7 février, la malade fait 40° de température; râles fins au niveau des bases. Urotropine et spartéine.

Le 11 février, examen de M. le professeur Guyot : l'œdème périmalléolaire a cédé sous l'action de la spartéine.

Le 5 avril, la malade sort sur sa demande.

Curiethérapie. — Le 3 mars 1930 :

9 aiguilles à 2 mmgr.

1 colpostat à 20 mmgr.

Dose journalière = 6,4 Mc δ.

Le 12 mars 1930 :

Fin de la curiethérapie.

Durée totale : 9 jours.

Dose totale : 57 Mc δ.

OBSERVATION VI

Due à l'obligeance de M. le professeur GUYOT.

(Cancer du col, annexite, Wertheim et Mickulicz.)

Laurence C..., trente-quatre ans, sans profession.

La malade vient à l'hôpital, le 30 janvier 1930, envoyée par

le docteur R..., parce qu'elle souffre et parce qu'elle perd entre ses règles.

Le début de la maladie est très insidieux. Il y a un an que la malade a constaté quelques pertes de sang après les rapports ou après les lavages avec une canule rigide. Entre les règles, pertes rosées d'odeur fétide.

Règles régulières, peu abondantes et non douloureuses jusqu'au 15 janvier 1930. A cette date, règles très douloureuses et très abondantes qui nécessitent la venue d'un médecin. Repos, puis injections vaginales.

Antécédents personnels. — Mariée; son mari n'a jamais fait de graves maladies (?).

Règles à quatorze ans, peu abondantes, non douloureuses, s'accompagnant de vomissements.

Première grossesse en 1913 : accouchement normal, enfant vivant, bien portant.

Deuxième grossesse en 1918 : accouchement normal, enfant vivant. Pas de fausses couches.

Mastoïdite à dix-sept ans.

Antécédents héréditaires. — Mère âgée de cinquante et un ans, vivante et bien portante.

Père mort d'embolie à cinquante-six ans.

Deux frères : vingt-sept ans et trente-trois ans, vivants et bien portants.

Examen. — Le 1^{er} février 1930, par M. le professeur Guyot. Col gros, irrégulier, bosselé, dur, peu mobile; parois vaginales libres, sauf dans cul-de-sac postérieur, où on trouve des végétations dures ayant atteint la paroi vaginale. L'utérus paraît, en avant, un peu augmenté de volume. Cul-de-sac latéral droit plus libre que le gauche. Le toucher ramène du sang.

Biopsie = épithélioma atypique infecté.

Tension : maxima, 11; minima, 6; indice, 0,5.

BW = 0.

Urée dans le sang = 0,15.

Opération. — Le 14 février 1930. Opération de Wertheim atypique chez une femme ayant un épithélioma du col avec abcès de l'ovaire droit. Petit ganglion de Lucas-Championnière dans le ligament large droit. On décolle les annexes du côté droit adhérentes à la paroi pelvienne. On ouvre un abcès qui

provient de l'ovaire droit. La trompe est grosse et sérieusement malade, mais ne donne pas d'écoulement de pus. On enlève les annexes droites et on dégage les annexes gauches moins malades mais un peu adhérentes aux parois pelviennes. On recherche les uretères droit et gauche.

Le ligament large présente une infiltration assez grosse; on arrive à disséquer l'uretère du côté droit. A gauche, l'uretère est plus facilement disséqué, quoiqu'il existe une infiltration manifeste. On refoule la vessie en avant et on dégage la face antérieure du col. On ouvre le vagin et on incise circulairement au ciseau. Hémostase de tous les pédicules. Deux points de suture séparés pour la partie droite du vagin. Drain vaginal n° 12. Mèche vaginale. Mickulicz et drain utéro-vaginal.

Le 15 février : état nauséux, la malade a vomi deux fois dans la nuit. Un lavage d'estomac ramène du liquide bilieux. On fait, le lendemain, trois nouveaux lavages.

Le 17 février : température 36° 2, pouls 120; l'un et l'autre ont nettement baissé.

Le 18 février : ablation du drain.

Le 21 février : ablation du bourrelet.

Le 24 février : ablation du Mickulicz.

Le 10 mars : examen de M. le professeur Guyot.

Le toucher vaginal pratiqué à ce jour montre un vagin presque fermé sans induration du petit bassin.

Le 9 avril : état très satisfaisant. M. le professeur Guyot prescrit la radiothérapie.

Le 10 avril : exéat. Guérison.

CONCLUSIONS

Le cancer du col, toujours infecté lui-même, s'accompagne quelquefois d'une infection annexielle fréquemment discrète et torpide.

Le diagnostic de cette association est important pour le traitement. Or, si les lésions néoplasiques ou inflammatoires sont assez facilement diagnostiquées à l'état isolé, on n'arrive par contre souvent qu'à la présomption de leur coexistence.

Dans ce dernier cas, où il ne peut être question de prophylaxie, le traitement médical, qui ne semble pas encore guérir radicalement et à coup sûr l'annexite isolée, ne peut être que palliatif.

La thérapeutique par les radiations, d'ailleurs efficace dans le cancer du col non infecté, est sans succès, et même néfaste, dans l'annexite; elle est formellement contre-indiquée dans le cas de cancer du col accompagné d'annexite, même torpide, sous risque, presque toujours fatal, de réveil du processus infectieux local et de son extension au péritoine.

Par contre, le traitement chirurgical, efficace pour chacune des deux affections isolées, est, dans l'état actuel de la thérapeutique, le seul traitement prudent de l'association, certaine ou présumée, du cancer du col utérin et de l'annexite.

Ce traitement satisfait d'abord à la fréquente nécessité d'un diagnostic plus complet, par la laparatomie. Il satisfait, en outre, à la première indication thérapeutique : la cure radicale des lésions inflammatoires des annexes.

Enfin, il permet, au vu des lésions, soit de pratiquer la cure simultanée, efficace et intégrale, du cancer et de l'annexite (hystérectomie large avec Mickulicz), soit de poser les indications meilleures de l'emploi postérieur des radiations.

Vu :
Le Doyen,
C. SIGALAS.

Vu, bon à imprimer :
Le Président,
J. DUVERGEY.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 19 Mai 1931.

Le Recteur de l'Académie.
F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- BASSET et POINCLEUX. — La vaccination régionale par la porte d'entrée. Son application au traitement des salpingites. *Presse Médicale*, n° 24, 22 mars 1930.
- M^{lle} BAUD. — Les complications infectieuses de la curiethérapie du cancer du col de l'utérus. *Thèse de Paris*, 1923.
- CHAVANNAZ (J.). — Cent quarante observations de curiethérapie par les voies naturelles pour épithélioma du col de l'utérus. *Thèse de Bordeaux*, 1924, pp. 170-173.
- COTTE (G.). — Vaccinothérapie et annexite. *Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique*, juin 1923, n° 11.
- COTTE (G.). — Valeur et indications de la curiethérapie en gynécologie. *II^e Congrès de l'Association des Gynécologues et Obstétriciens de langue française*, Paris, 29 septembre-1^{er} octobre 1921.
- DALÉAS. — Annexite et vaccinothérapie. *Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique*, juillet 1926.
- DEGRAIS (P.) et BELLOT (A.). — Les Métrorragies et Ménorragies justiciables du Radium. *La Clinique*, août 1925.
- FAURE (J.-L.). — Communication. *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, 10 décembre 1923.
- GRANDCLAUDE (Ch.) et LIÉGEOIS (M.). — Contribution à l'étude bactériologique des états infectieux surajoutés dans le cancer du col de l'utérus. *Presse Médicale*, n° 80, 6 octobre 1928, p. 1271.
- JAMET. — Contribution à l'étude du cancer du col de l'utérus. Association de la curiethérapie et de la chirurgie. *Thèse de Paris*, 1923.
- JEANNENEY (Professeur agrégé G.), Bordeaux. — Les réalités et les espérances dans le traitement du cancer. *Progrès Médical*, n° 44, 30 octobre 1930.

- LAMBOLZ. — Etudes sur la radioactivité. Applications biologiques. *Biologie Médicale*, n° 4, avril 1931.
- MUTTERMILCH et LAVEDAN. — Traitement des infections streptococciques secondaires des cancers et principalement des cancers du col utérin par les autovaccins locaux. *Compte rendu à la Société de Biologie de Paris*, 1923, t. LXXXIX, 291-293.
- REGAUD (Cl.). — La part de la Chirurgie, de la Curiethérapie et de la Röntgenthérapie dans le traitement du cancer du col de l'utérus. *Conférence*, 1924.
- REGAUD (Cl.). — Curiethérapie et cancer du col utérin. *VII^e Congrès de la Société internationale de Chirurgie*, Rome, avril 1926.
- REGAUD (Cl.) et MUTTERMILCH. — Influence de l'infection microbienne secondaire sur les résultats de la Radiothérapie des cancers, notamment du cancer cervico-utérin. *Mémoire de la Société de Biologie*, 16 décembre 1922.
- REGAUD (Cl.) et MUTTERMILCH. — L'infection secondaire des cancers; son rôle au point de vue du traitement radiothérapique. *Paris Médical*, 1923, 47, 48, pp. 121 à 126.
- SCHMITT (Ch.). — La tuberculose génitale de la femme, son traitement par les rayons ultraviolets. Extrait d'une communication à la Société de Thérapeutique, 12 mai 1926, « *La Clinique* », février 1927.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS	9
GÉNÉRALITÉS	11
PREMIÈRE PARTIE : DIAGNOSTIC	13
Cancer du col	13
Annexite	15
Concomitance du cancer du col et de l'annexite	16
DEUXIÈME PARTIE : TRAITEMENT	19
Prophylaxie	19
Traitement médical	20
Cancer du col	21
Annexite	22
Concomitance du cancer du col et de l'annexite	24
Traitement par radiations	25
Cancer du col	25
Annexite	26
Concomitance du cancer du col et de l'annexite	26
Traitement chirurgical	29
Cancer du col	29
Annexite	30
Concomitance du cancer du col et de l'annexite	30
OBSERVATIONS	33
Observation n° 1	33
Observation n° 2	34
Observation n° 3	36
Observation n° 4	38
Observation n° 5	39
Observation n° 6	41
CONCLUSIONS	45
BIBLIOGRAPHIE.....	47

Bordeaux. — Imprimerie E. DROUILLARD, place de la Victoire, 3.
